

UNIVERSITÉ DE PARIS. — FACULTE DE MEDECINE

Année 1900

THÈSE

No

560

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue le mardi 17 juillet 1900, à 1 heure.

PAR

A.-J. MUSY

ANCIEN EXTERNE ET INTERNE DES HÔPITAUX

ÉLÈVE DU LABORATOIRE DE PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

DU PNEUMOTHORAX

DANS

LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

Président : M. CHANTEMESSE, professeur.

Juges : *MM. CORNIL, professeur.*
 ACHARD et THIROLOIX, agrégés.

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

—
1900

Année 1900

THÈSE

N°
560

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 17 juillet 1900, à 1 heure.

PAR

A.-J. MUSY

ANCIEN EXTERNE ET INTERNE DES HÔPITAUX

ÉLÈVE DU LABORATOIRE DE PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

DU PNEUMOTHORAX

DANS

LA FIÈVRE TYPHOÏDE

Président : M. CHANTEMESSE, professeur.

Juges : $\left\{ \begin{array}{l} \text{MM. CORNIL, professeur.} \\ \text{ACHARD et THIROLLOIX, agrégés.} \end{array} \right.$



PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1900

UNIVERSITÉ DE PARIS. — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et Matière médicale.	BERGER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	BRISAUD.
	CHANTEMESSE.
	POTAIN.
Clinique médicale	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique chirurgicale	TERRIER.
	TILLAX.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements.	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	DESGREZ.	LEJARS.	THIROLOIX.
ACHARD.	DUPRE.	LEPAGE.	THOINOT.
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	VAQUEZ.
ANDRE.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VARNIER.
BONNAIRE.	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH.
BROCA (Aug.)	TOURETTE.	MERY.	WALTHER.
BROCA (ANDRÉ).	HARTMANN	ROGER.	WIDAL.
CHARRIN.	LANGLOIS.	SEBILEAU.	WURTZ.
CHASSEVANT	LAUNOIS.	TEISSIER.	
P. DELBET.	LEGUEU.	THIERY.	

Chef des Travaux anatomiques: M. RIEFFEL.

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798. l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR CHANTEMESSE

Professeur de Pathologie expérimentale et comparée

à la Faculté de Médecine de Paris,

Médecin des Hôpitaux,

Inspecteur général adjoint du Service sanitaire,

Officier de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

La fièvre typhoïde est une maladie extrêmement répandue et fréquente. Essentiellement « protéiforme » dans ses débuts, sa marche, ses suites, ses modes de terminaison, elle ne l'est pas moins dans ses complications. Celles-ci sont particulièrement nombreuses et sévères, puisqu'il ressort d'une statistique dressée par notre maître M. le professeur Chantemesse, qu'elles représentent à elles seules les trois quarts de la mortalité. Notons encore qu'entre toutes, les complications pulmonaires se font remarquer par leur fréquence et leur gravité. Nous y trouvons non seulement la bronchite, mais aussi les lésions les plus graves du parenchyme, telles que la pneumonie, la broncho-pneumonie, les infarctus, les abcès, la gangrène. Au sujet du pneumothorax en particulier, on a pu invoquer successivement : la rupture d'un foyer de suppuration (1), le ramollissement d'infarctus pulmonaires (2), des embolies parties des veines iliaques (3) ou d'ailleurs (4).

Il semble qu'en présence de pareils faits, on doive s'at-

(1) GAIRDNER. cité par Homolle in Nouv. Dict. de Méd. et Chirurgie. prat.

(2) BIACH. *Vien. Med. Wochensr.*

(3) DETTLING et REMLINGER. *Arch. méd. et Pharm. milit.*

(4) VAQUEZ. *Cliniq. Méd. Charité, art. Phlébite,*

tendre à rencontrer souvent le pneumo thorax. Or, chose surprenante, le pneumothorax constitue une complication des plus rares de la fièvre typhoïde. Remarquons en passant que si le pneumothorax n'est pas plus fréquent, c'est que la plupart du temps, la gravité des lésions pulmonaires emporte le malade trop rapidement pour qu'une effraction ait pu se produire au niveau du parenchyme pulmonaire. Le pneumothorax exigerait en quelque sorte des conditions spéciales pour se produire : par exemple, une altération profonde, mais limitée du poumon.

Le fait est qu'au cours de nos recherches bibliographiques, il nous a été donné de relever seulement douze cas de pneumothorax compliquant la fièvre typhoïde. Il est regrettable que la plupart de ces faits soient simplement cités, plutôt en manière de curiosités, sans que l'on nous ait fourni même un résumé de l'observation. Homolle⁽¹⁾ écrit en effet dans son article du Nouveau Dictionnaire « La rupture d'un foyer de suppuration ou de sphacèle peut être l'origine d'un pneumothorax. Gairdner dit en avoir observé quatre cas, un autre est mentionné par Beck et plus récemment Destais en a signalé un nouvel exemple. Dans une observation de Guillermet l'origine du pneumo thorax qui se produisit au 20^e jour de la fièvre typhoïde est douteuse c'est que si la fièvre typhoïde peut devenir une des causes rares du pneumothorax, nous savons que la tuberculose au contraire en est un des agents les plus actifs. Tuberculose lente et chronique parfois, mais bien plus souvent (2) tuberculose à forme

(1) HOMOLLE. Art. Fièvre typh. in Nouv. Dict. Méd. et chir. prat.

(2) GERMAIN SÉE. Malad. simpl. du poumon Paris 1886.

rapide : phtisie aiguë, granulie. Or le diagnostic différentiel entre ces deux affections est un des plus ardues avec les seuls arguments de la clinique.

Biach (1), dans une statistique de 918 cas de pneumothorax, après avoir noté la tuberculose 716 fois, peut à peine rapporter deux cas à la fièvre typhoïde, l'un emprunté à Biermer (2) et le second à Ritter (3). Pour notre part, nous avouerons n'avoir observé aucun cas de pneumothorax au cours de deux épidémies de fièvre typhoïde auxquelles nous avons assisté à Marseille, et n'en avoir rencontré qu'un seul cas parmi les nombreux malades du service de notre maître, M. le professeur Chantemesse.

C'est cette observation que je présenterai d'abord dans tous ses détails. Elle m'a paru légitimer cette étude, autant par sa rareté que par l'évolution exceptionnelle du pneumothorax, qui guérit spontanément. C'est je crois, un fait véritablement surprenant et extraordinaire dans la science.

(1) BIACH. *Wien. Med. Wochensrft* 1880.

(2) BIERMER. *Schweizer, Leitsch für Heilk.*

(3) RITTER. *Prager Med. Wochensch*

CHAPITRE PREMIER

OBSERVATION I (personnelle).

Service de M. le professeur CHANTEMESSE.

V... François âgé de 45 ans, exerçant la profession de journalier, entre à l'hôpital du Bastion, le 22 septembre 1897.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Parmi ses antécédents personnels, on retrouve une attaque de rhumatisme articulaire aigu, survenue au cours de son service militaire, et sans poussée ultérieure.

Sa maladie actuelle a débuté, il y a environ 12 jours, brusquement, dans la soirée, par des frissons accompagnés d'un violent mal de tête, de courbature généralisée, de diarrhée. Pendant deux jours, il essaye de vaquer à ses occupations et se trouve bientôt obligé de prendre le lit. Les symptômes énumérés plus haut persistent pendant une dizaine de jours; pas d'épistaxis ni de bourdonnements d'oreilles.

Le malade entre au Bastion, le 22 septembre, avec une température de 39° et un pouls battant 102 pulsations. Le 23 septembre, à la visite du matin, le malade paraît très abattu, le faciès est d'une extrême pâleur, la respiration fréquente, il n'y a pas de toux.

Pouls à 100. Langue blanche et saburrale, ventre très ballonné et très douloureux dans toute son étendue. Pas de taches, diarrhée abondante. Temp. 38°5.

Cœur et poumons normaux.

Peu d'urine.

24. État général non modifié. Pouls 100. Temp. 39°8.

Langue toujours chargée, le ventre reste très ballonné encore qu'un peu moins douloureux. La diarrhée persiste : une ou deux taches douteuses ont apparu.

La respiration est fréquente, sans d'autres phénomènes thoraciques que quelques râles humides au sommet gauche.

Urine, environ 2 litres, très foncée, ne contenant pas d'albumine et à diazo-réaction légère.

25. L'état général semble s'être légèrement amélioré. Le pouls reste aux environs de 100. Temp. 38°3.

La langue est sale, le ventre toujours très ballonné, la diarrhée persiste accompagnée de quelques coliques, mais l'abattement a diminué et le facies est devenu plus expressif.

La respiration est normale, on ne retrouve pas à l'auscultation les râles fugaces du sommet gauche.

800 gr. d'urine, sans albumine et à réaction diazoïque à peine appréciable.

26. L'amélioration paraît persister. Temp. 38°1. Le ballonnement du ventre et la diarrhée subsistent, mais la douleur a diminué.

Il n'y a pas de taches.

La respiration est normale et l'auscultation reste négative.

Environ 1000 gr. d'urines très foncées, sans albumine, à réaction diazoïque très faible.

27. L'amélioration va s'accroissant.

État général assez bon. Pouls à 98.

Température : 38°2.

Langue encore chargée, ventre un peu moins ballonné, très peu douloureux, pas de taches, diarrhée non modifiée.

Urines : 950 grammes, très foncées, d'un rouge intense, riches en sédiments, sans albumine, avec diazo-réaction à peine appréciable.

29. L'amélioration s'affirme.

La température baisse, le pouls est aux environs de 90, la langue reste blanche, mais le ballonnement du ventre a un peu diminué : les douleurs ont disparu. Seule la diarrhée persiste, accompagnée de quelques coliques. Pas de taches.

Respiration normale. Rien à l'auscultation.

Un litre d'urine très foncée sans albumine, à diazo-réaction à peine appréciable.

30. L'amélioration se confirme.

État général meilleur. Temp. 38°1, Pouls : 88.

Langue blanche, ventre beaucoup moins ballonné, très peu de diarrhée, douleur disparue.

Pas de taches.

Respiration normale, rien à l'auscultation.

Environ un litre et demi d'urines très colorées et sédimenteuses ; quelques douleurs à la miction, pas d'albumine ni de réaction diazoïque.

1^{er} octobre. L'amélioration s'accroît.

État général satisfaisant. Abaissement de la température : 37°8. Pouls : 88.

Langue bonne, la paroi abdominale s'assouplit, la diarrhée diminue. Pas de taches.

1,500 gr. d'urine aussi foncée et sédimenteuse qu'à l'ordinaire. Pas d'albumine, ni de réaction diazoïque.

2. État général stationnaire.

Température moyenne 38°. Pouls 90.

Langue un peu sale, ventre normal, presque plus de diarrhée.

Urines : 1200 gr. pas d'albumine, ni de réaction diazoïque.

3. L'état général ne s'est pas modifié.

La température moyenne est descendue à 38° mais le pouls bat 96, et le malade accuse des douleurs dans le testicule droit.

La palpation, d'ailleurs assez douloureuse, permet de constater l'augmentation de volume de ce testicule. Pas de rougeur appréciable.

Langue un peu sale, peu de diarrhée. Transpiration abondante.

Urine : 1200 gr. Sans albumine ni diazo-réaction.

4. Les douleurs du testicule sont devenues très intenses, au point d'empêcher le malade de dormir.

A la palpation qui est très pénible, on constate l'augmentation de volume et de dureté du testicule droit.

La température est à 38°4, le pouls reste à 96.

1 400 gr. d'urine, sans albumine, ni diazo-réaction.

5. Les douleurs testiculaires se sont accrues d'intensité, le volume de la glande est augmenté au point que l'on retrouve à peine entre le testicule et l'épididyme un sillon de segmentation. L'épididyme est lui-même très tuméfié.

Une forte élévation de température s'est produite dans la nuit, et le pouls est remonté à 100.

Urine: 1400 gr. pas d'albumine, ni de diazo-réaction.

6. Irradiation, le long du cordon, de la douleur testiculaire. Temp. 38°9. Pouls à 100. Langue sale, ventre de nouveau ballonné et spontanément douloureux. Apparition de selles mélaniques.

Urines 1.400 gr. sans albumine, ni réaction diazoïque

7. Les douleurs testiculaires présentent les mêmes caractères et la même intensité.

Nouvelles selles hémorrhagiques.

Malgré tout, l'état général ne paraît pas trop affecté. Le pouls reste à 100, la température est à 39°7.

Il y a 1.250 gr. d'urine toujours très foncée et sédimenteuse, avec traces d'albumine et sans réaction diazoïque.

8. La douleur du testicule persiste, peut-être un peu moins violente que précédemment.

Pas de ballonnement du ventre. Selles simplement diarrhéiques. Pouls à 90. Temp.: 38°3. Respiration normale. Rien à l'auscultation.

Urine: 810 gr. toujours rouge et sédimenteuse contenant de l'albumine en assez grande quantité, mais ne présentant pas la diazo-réaction.

9. La douleur au testicule est plus violente qu'hier.

Le ventre n'est ni douloureux, ni ballonné. La diarrhée persiste. Pouls 88. Temp.: 38°.

Un litre d'urine de teinte brun rougeâtre et riche en dépôt calcaire. L'albumine augmente, et la réaction diazoïque apparaît assez intense.

10. La douleur testiculaire a la même intensité et les mêmes

caractères. La tuméfaction du testicule et de l'épididyme persiste. Par pression du canal de l'urèthre on ramène quelques gouttes d'un liquide séreux, les lèvres du méat sont tuméfiées et adhérentes.

L'état général est relativement bon, la diarrhée continue, le pouls se maintient à 98. Temp. : 39°6.

Urine : 700 gr. avec une assez notable quantité d'albumine et diazo-réaction assez intense.

12. Les phénomènes douloureux diminuent, le malade se sent plus à son aise.

L'examen bactériologique de l'écoulement est resté négatif au point de vue de la recherche des gonocoques. Urines 900 gr. offrant le même aspect, renfermant une quantité accrue d'albumine, et donnant une réaction diazoïque très forte.

13. Phénomènes douloureux diminués, état général stationnaire. Diarrhée persistante. Pouls 98. Temp. : 39°4.

Urine : 800 gr., mêmes caractères physiques, albumine, réaction diazoïque un peu moins intense.

14. Douleurs stationnaires. Le malade a pu dormir un peu pendant la nuit. Pouls 96. Temp. : 39°.

Langue des urinaires : blanche au centre, rouge sur les bords. Ventre non ballonné. Diarrhée persistante.

Urines : 800 gr. Mêmes caractères physiques.

L'albumine reste très abondante.

Réaction diazoïque toujours intense.

15. Les douleurs testiculaires ont sensiblement diminué. État général relativement bon. Temp. : 38°8.

Pouls 88. Diarrhée accompagnée de coliques.

Urines environ 500 gr.

16. La température moyenne descend à 38°2.

Pouls 80.

La douleur testiculaire a gardé la même intensité et les mêmes caractères.

Des coliques accompagnent la diarrhée.

Urine environ 800 gr. Mêmes caractères physiques.

L'albumine est en proportion notable et la réaction diazoïque assez forte.

17. Température moyenne 37°6. Pouls 88.

État général relativement satisfaisant.

La douleur testiculaire persiste avec la même intensité.

Urine 600 gr. Mêmes caractères physiques, albuminurie intense, diazo-réaction moins nette.

18. Température : 37°6. Pouls 80.

Selles diarrhéiques après lavement.

La douleur du testicule s'accompagne à nouveau d'irradiations du côté du cordon.

Urine 750 gr. Même aspect, albuminurie toujours abondante et diazo-réaction persistante.

20. L'état général ne s'est pas modifié, le pouls est à 96, la température à 37°6.

L'état local reste le même.

Il y a environ 700 gr. d'urines, l'albuminurie est toujours aussi intense, et la réaction diazoïque aussi nette.

21. Le pouls est à 100, encore que l'état général demeure assez bon. Temp. : 37°8.

Le malade à des transpirations profuses surtout la nuit.

On recueille 600 gr. d'urines ayant les mêmes caractères physiques. L'albuminurie a diminué, la diazo-réaction reste la même.

22. Pas de modification dans l'état général.

La température se maintient entre 38°2 et 38° et le pouls est remonté à 106.

Le testicule est toujours très induré ainsi que l'épididyme dont la tête paraît être le siège du maximum des douleurs.

Urines : 1.500 grammes fortement albumineuse et à diazo-réaction assez intense.

23. Rien de particulier dans l'état général.

Pouls 102. La douleur testiculaire conserve les mêmes caractères, mais la palpation révèle au niveau de la tête de l'épididyme une légère fluctuation.

La langue reste nettement blanche au centre et rouge sur les bords, le ventre est normal. La diarrhée persiste.

On recueille 1.500 grammes d'urine. L'albuminurie est intense et la diazo-réaction assez nette.

24. L'état général n'est pas modifié.

Le pouls est à 102. La température oscille entre 37°9 et 38°7.

Une transpiration abondante s'établit. On retrouve à la tête de l'épididyme la fluctuation déjà signalée.

25. Pouls 102. Temp. : 38°5. Même état général. La douleur du testicule a diminué et la fluctuation augmente.

Urine : 1.000 grammes fortement albumineuse avec réaction diazoïque moins intense.

26. Les phénomènes douloureux un peu atténués se réveillent facilement et s'exagèrent par la palpation au niveau de la tête de l'épididyme. La fluctuation augmente.

Le pouls est à 100 et la température à 38°5.

On recueille 1200 gr. d'une urine qui présente les mêmes caractères physiques et chimiques que précédemment.

27. Pas de modification dans l'état général. * Pouls : 100. Temp. : 37°8.

La fluctuation toujours très nette devient perceptible dans une plus grande étendue. Respiration normale. Pas de toux. Rien à l'auscultation.

Urines : 1.200 gr., il y a moins d'albumine et la diazo-réaction est plus faible.

28. Aucun changement dans l'état général.

Pouls : 100. Temp. : 37°3.

La palpation du testicule permet de constater l'augmentation dans l'étendue de la fluctuation. Respiration normale. Auscultation négative.

Urine : 1.200 gr. L'albumine a diminué et la réaction diazoïque est faible.

On procède à l'incision des bourses, incision qui amène l'écoulement d'une assez grande quantité de pus louable et bien lié provenant d'un abcès collecté au niveau de la tête de l'épididyme avec

propension à s'étendre. Dans ce pus, on a trouvé des bacilles typhiques à l'état de pureté.

29. Les grandes oscillations thermiques persistent

Pouls 100. Temp. : 37°5 le matin et 38°2 le soir.

Le testicule est douloureux seulement à la pression. Il fait hernie à travers les lèvres de l'incision. Les téguments voisins sont colorés en bleu (Bacille pyocyannique).

Urines : 1.300 gr. Peu d'albumine, pas de réaction diazoïque.

30. Vers 6 heures du soir se produit une grande élévation de température : 44°4. Le pouls est à 100.

L'état général reste relativement bon.

On recueille 1.300 gr. d'une urine contenant peu d'albumine et ne donnant pas la diazo-réaction.

1^{er} novembre. Pas de modification dans l'état général. Pouls 96. Temp. : 37°3.

Le testicule fait hernie et la coloration bleue des téguments persiste.

Langue blanchâtre. Ventre légèrement ballonné. La diarrhée a de nouveau disparu.

Urines : 1.700 gr. environ, elles sont aujourd'hui assez claires avec une petite quantité d'albumine et pas de diazo-réaction.

2. État stationnaire. Pouls 90, très faible. Temp. : 37°5.

La sécrétion du pus s'arrête.

Pas de diarrhée. Respiration normale.

Pas de toux. Auscultation négative.

Urines : 1.700 gr. environ relativement claires.

3. Pouls 90. Temp. : 38°3. Le malade ne ressent sa douleur au testicule que pendant la nuit.

La langue est bonne, le ventre normal ; il n'y a plus de diarrhée.

On recueille 1.250 gr. d'urines, de coloration plus foncée que la veille, sans albumine ni réaction diazoïque.

4. Le malade se dit très affaibli.

Encore que beaucoup moins intense, la douleur testiculaire le tourmente.

Transpiration abondante.

Respiration normale. Pas de toux. Auscultation négative.

Urines : 1.750 gr., de coloration moins foncée et moins riches en sédiments. Pas d'albuminurie ni de réaction diazoïque.

5. État général non modifié. Pouls 90. Temp. : 37°2.

Langue blanche, ventre non ballonné.

Pas de diarrhée.

La plaie des bourses est en voie de cicatrisation.

Respiration normale. Auscultation négative.

6. Pouls 90. Temp. : 36°8. Testicule toujours hernié.

Pas de troubles digestifs.

Respiration normale.

On recueille environ un litre d'urine.

7. Pas de modifications. Temp. : 37°6 le matin et 38°8 le soir.

Urines 1.200 gr.

8. Pouls 96. La température décrit de grandes oscillations : 37°7.

Urines environ 1.600 gr. très foncées avec nuage assez épais d'albumine et réaction diazoïque légère.

9. Pouls 90. État stationnaire. Temp. : 39°1.

Pas de troubles thoraciques.

Urines 700 gr. avec albumine et réaction-diazoïque faible.

10. Les oscillations de la température continuent avec élévation notable. Le pouls est à 84.

La lésion testiculaire ne présente aucune modification.

Pas de diarrhée et l'auscultation ne signale aucun désordre thoracique.

Urine : 1.600 gr.

11. Rien de particulier. Pouls 84. Temp. 38°2.

Urine : 750.

12. Pouls 86. Temp. 37°8. Le testicule est toujours hernié. La plaie a bon aspect.

On recueille environ 1 litre d'urine, avec un peu d'albumine et réaction diazoïque à peine appréciable.

13. Pouls 90. Temp. 38°2.

On constate de la fluctuation à la partie profonde du testicule où semble s'être formée une nouvelle collection purulente.

L'état général n'est pas mauvais.

Le visage est cependant très pâle.

Urine 1.250 gr. Pas d'albumine, réaction diazoïque très faible.

14. Incision du second abcès avec évacuation d'une assez grande quantité de pus.

Urine : 1200 gr.

Pendant les 15, 16, 17, 18 et 19 novembre, la température continue à décrire de larges oscillations et le pouls régulier reste à 84.

La douleur testiculaire est faible, la plaie évolue vers la cicatrisation les fonctions digestives sont normales, avec le régime lacté, et l'auscultation demeure négative.

Le malade urine un peu plus de 1000 gr. par jour. On décèle une petite quantité d'albumine et la réaction diazoïque est très faible.

20. L'état général change subitement. Un incident nouveau et grave est survenu tout à coup hier soir. Le malade a été pris brusquement d'une dyspnée extrêmement vive avec état syncopal et cyanose. Le pouls est devenu très fréquent — 140 pulsations — et très faible. L'interne de garde a été appelé d'urgence. Pendant la nuit la dyspnée est restée très intense.

Ce matin on compte 50 respirations par minute.

L'examen de la poitrine montre la présence à gauche d'un pneumothorax caractérisé par les signes suivants : tympanisme à la percussion, tintement métallique, bruit d'airain, souffle amphorique. A la palpation on constate la déviation du cœur à droite du sternum. La pression du doigt au niveau du trajet du phrénique, au cou et au diaphragme est très douloureuse.

Il ne semble pas y avoir de liquide épanché avec l'air. Une ponction reste négative.

Même état de la plaie testiculaire.

Environ 700 grammes d'urine.

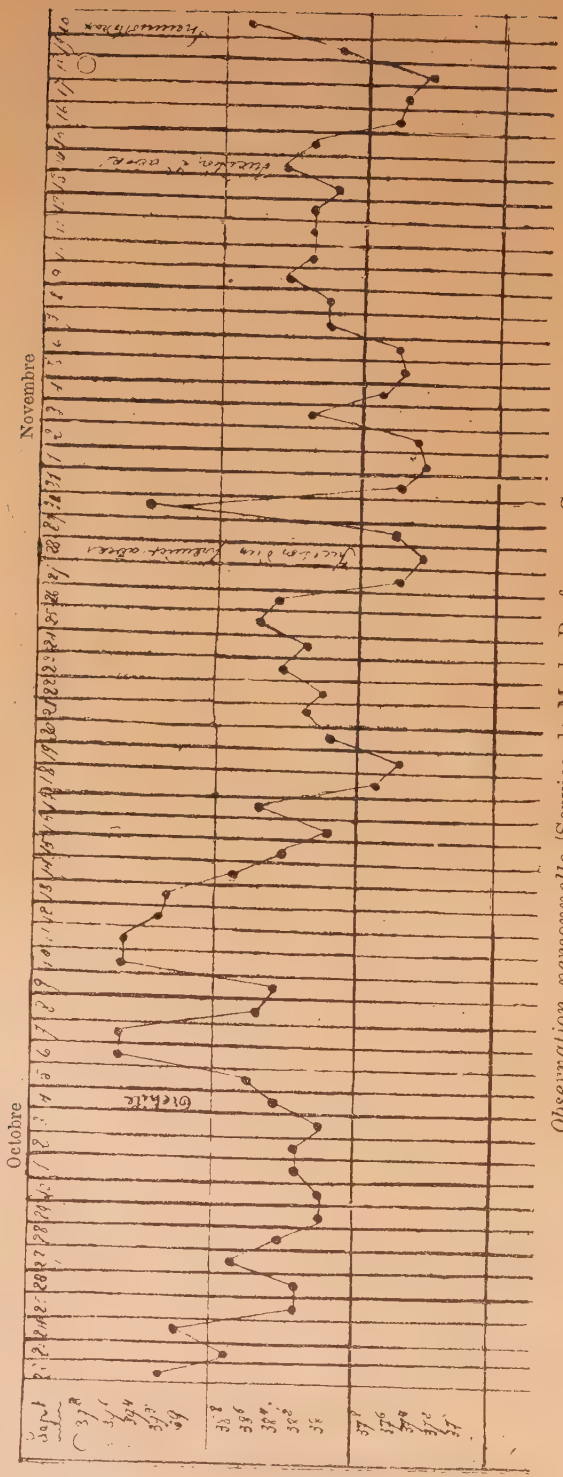
Le soir la température s'élève à 40°1.

21. L'état général est mauvais, pâleur très accentuée, affaiblissement extrême. Le malade ne tousse pas, mais la dyspnée persiste avec 48 respirations par minute.

TEMPÉRATURE MOYENNE (Moyenne des 8 températures des 24 heures)

DU PNEUMOTHORAX
DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE

Planche I



Observation personnelle (Service de M. le Professeur CHANTEMESSE)
(du 22 septembre au 20 novembre 1897)

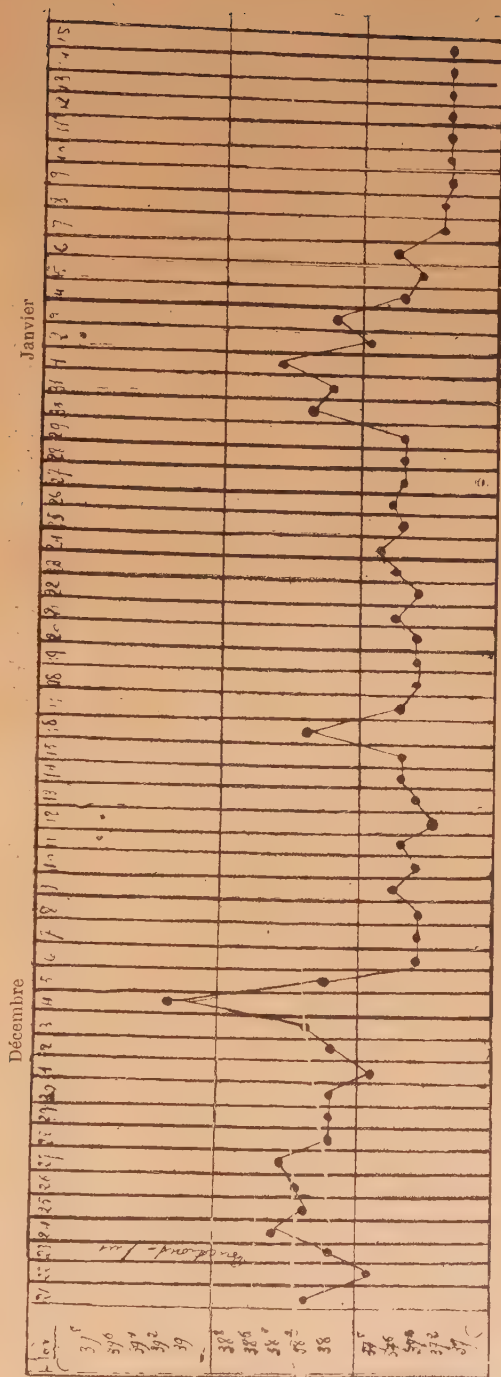
TEMPÉRATURE MOYENNE

DU PNEUMOTHORAX

DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE

(Moyenne des 8 températures des 24 heures)

Planche II



Observation personnelle (Service de M. le Professeur CHANTEMESSE)

(du 21 novembre 1897 au 15 janvier 1898)

Une grande élévation de température s'est produite dans la soirée d'hier, le pouls bat ce matin 140.

L'examen thoracique fournit des renseignements identiques à ceux d'hier. Le cœur reste dévié à droite.

Urine : 700 gr.

22. Même état général. La pâleur et l'abattement persistent, la dyspnée serait un peu moins marquée : 40 respirations par minute.

Le pouls est à 140, et la température à 38°2.

Les points phréniques persistent, l'examen thoracique ne révèle rien de nouveau, sinon que la déviation du cœur est un peu moins grande.

La plaie testiculaire évolue vers la cicatrisation.

Urine : 800 gr., très foncée et sédimenteuse, avec albumine et réaction diazoïque assez forte.

23. Une légère détente semble s'être opérée dans l'état général. Le malade est moins abattu, se plaint moins de son côté, et paraît respirer plus facilement. On compte encore 40 respirations par minute.

Le facies est pâle, et notre malade considérablement amaigri.

L'examen thoracique ne décèle d'autre modification que la tendance du cœur à reprendre sa place normale. Cet organe déborde à peine maintenant le bord droit du sternum : il semble donc qu'il se fasse une résorption de l'épanchement gazeux. Les points phréniques persistent.

La matité hépatique est conservée.

Urine : 1.000 gr. environ.

Dans la soirée, on a procédé à deux nouvelles ponctions, au niveau des parties latérale et postérieure gauches du sinus costo-diaphragmatique. Ces deux ponctions ont permis de retirer une certaine quantité de pus, qui renferme à l'examen microscopique différents germes. Les plus nombreux ont une forme bacillaire.

24. L'amélioration s'accroît. Le malade a pu dormir un peu dans la journée, il respire plus aisément, 39 respirations par minute, et souffre moins dans le côté.

Les phénomènes thoraciques sont stationnaires, le pouls est à 102 avec quelques intermittences. Temp. 39°1.

Il n'y a pas de troubles digestifs.

Urine : 500 gr. ; très sédimenteuse avec du pus en quantité notable, de l'albumine, et sans réaction diazoïque.

26. L'état général s'est sensiblement amélioré.

Le pouls est à 120, la temp. à 38°7.

La respiration est plus facile, le point de côté disparu. Les points phréniques persistent au niveau de l'appendice xiphoïde, ils sont effacés au niveau des espaces intercostaux.

En avant, en haut et dans l'aisselle, l'auscultation décèle la présence de râles.

Le tympanisme persiste en bas et à gauche.

Le cœur est revenu en sa place normale.

On recueille 650 gr. d'urine, contenant du pus et de l'albumine en notable quantité, mais sans diazo-réaction.

28. L'amélioration s'accroît. La physionomie est meilleure, le pouls à 108. Temp. 38°3.

Pas de toux, la respiration a sa fréquence presque normale. Les signes du pneumothorax persistent, on constate en outre la présence de quelques râles en haut, vers l'aisselle.

Urine : environ 500 gr. très foncée, avec du pus et de l'albumine en quantité notable.

19. État stationnaire. Pouls 120. Temp. 38°5.

Le malade a la respiration presque libre, il ne ressent quelque gêne qu'au cours de la soirée ; il ne tousse pas ; mêmes signes physiques.

Urine : 700 gr. Pus en quantité notable, peu d'albumine, la diazo-réaction réapparaît faiblement. Un peu de diarrhée.

La plaie des bourses est complètement cicatrisée.

Urine : 450 gr. pus et albumine en petite quantité. Réaction diazoïque faible.

30. Pas de toux. La dyspnée diminue. Les signes physiques demeurent sans changement.

Urine : 1300 gr. Avec albumine et pus, réaction diazoïque faible.

1^{er} Décembre. État stationnaire. Température moyenne : 38°3 ; pouls 106.

Très peu de dyspnée. A gauche silence respiratoire dans toute la région de la base, vers le tiers moyen souffle à caractère tubaire. Il apparaît donc que le pneumothorax s'est compliqué d'un peu d'épanchement. A l'auscultation du poumon droit, gros râles disséminés. Le malade se plaint d'une douleur vive ressentie dans l'épaule droite, cette douleur est exagérée par les mouvements de l'articulation.

Urine : 600 gr. renfermant du pus en quantité notable, un nuage épais d'albumine ; la réaction diazoïque est très accentuée.

2. Nouvelle légère détente. Pouls 102. Temp. 37°6.

La douleur de l'articulation scapulo-humérale est moins forte, il y a très peu de dyspnée, mêmes signes physiques.

Urine 450, renfermant toujours du pus et de l'albumine avec diazo-réaction très intense.

5. Pas de modifications. La température moyenne est 35°2 et le pouls à 116. Il y a toujours un peu de dyspnée, mais par intermittence.

A l'examen thoracique : Poumon gauche, la sonorité est diminuée en avant. Sous l'aisselle présence de râles fins. En arrière et à gauche le murmure respiratoire est peu distinct ; on perçoit un souffle doux et lointain et quelques petits frottements.

A droite : râles humides.

6. État stationnaire. Temp. 37°7, pouls 108.

Le malade a toujours un peu de dyspnée, sa douleur dans l'épaule droite est un peu diminuée.

A l'auscultation on trouve : en avant et à gauche diminution du tympanisme ; en arrière, souffle doux et lointain qu'accompagnent des râles sous-crépitants.

La douleur aux points phréniques a diminué, le ventre est ballonné, mais il n'y a plus de diarrhée.

Urine : 600 gr, avec pus en assez grande quantité, albumine et diazo-réaction faible.

7. La température est à 37°4, le pouls est à 100.

La dyspnée est effacée. Les phénomènes douloureux de l'épaule droite ont presque complètement disparu. Mêmes signes stéthoscopiques à gauche.

Le ventre est légèrement ballonné, quelque peu douloureux à la pression. Légères coliques. 800 gr. d'une urine très albumineuse et à réaction diazoïque faible.

11. L'état général va s'améliorant. Le pouls est à 90, la temp. à 37°6.

Il n'y a ni dyspnée, ni toux. Les signes thoraciques restent stationnaires. Pas de troubles digestifs.

Urine : 1.000 gr. très foncée, avec quantité notable d'albumine et réaction diazoïque faible.

15. L'amélioration semble s'affirmer. Pouls 90. Temp. : 37°4.

Pas de toux. Respiration normale. Lignes thoraciques stationnaires. Langue bonne. Pas de troubles digestifs.

Urine : 1.500 gr. albumineuse, à diazo-réaction faible.

16. L'amélioration s'accentue. Pouls 90. Temp. : 37°8.

De temps à autre surviennent des élévations brusques et fugaces de température. Celle-ci n'est pas revenue franchement à la normale. Respiration facile. Pas de toux. Signes thoraciques stationnaires. Pas de troubles digestifs.

Urine : 1.000 gr. très foncée, albumineuse, et à réaction diazoïque très faible.

17. Pas de modification. Pouls 90. Temp. : 37°6.

Elle présente des secousses.

La fréquence de la respiration est normale.

A l'auscultation, zone de respiration silencieuse à gauche et en arrière, au-dessus un souffle doux et lointain.

Pas de troubles digestifs.

On recueille 1.000 gr. environ d'une urine très foncée contenant de l'albumine et à diazo-réaction très faible.

18. État stationnaire. Pouls 98. Temp. : 37°2. Pas de dyspnée, ni de toux. Le souffle doux et lointain paraît moins fort. Pas de troubles digestifs.

On recueille un peu plus de 1.000 gr. d'urine légèrement albumineuse et sans réaction diazoïque.

20. Le pouls est à 96. La température à 37°2. Elle dessine des oscillations régulières, il n'y a pas de dyspnée, pas de toux, des transpirations abondantes s'établissent.

Les signes thoraciques sont ceux des jours précédents.

Urine : 1.100 gr, avec pus, albumine et sans réaction diazoïque.

23. Pas de modifications. Urine environ 1 litre, toujours purulente et albumineuse, mais sans réaction diazoïque.

25. Les signes thoraciques persistent, mais il y a peu de troubles fonctionnels appréciables et l'état général est assez bon.

Il y a 1 lit. d'urine avec du pus et de l'albumine en quantité assez marquée, mais pas de réaction diazoïque.

27. La température décrit de petites oscillations, elle est à 37°4 le matin, à 38° 2 le soir, le pouls à 96. La respiration est faible à gauche, le souffle paraît quelque peu diminué. Des râles sont perçus çà et là, il en est de même à droite.

Pas de troubles digestifs.

Urine un peu moins d'un litre avec pus et albumine, mais sans diazo-réaction.

29. État stationnaire. Pouls 96. Temp. : 37°2.

Ni dyspnée, ni toux, transpirations profuses.

Les signes thoraciques persistent. La submatité occupe en avant la base du poumon gauche, et en arrière toute la hauteur.

Respiration silencieuse en arrière et à gauche.

Le souffle doux et lointain qui était autrefois perçu, a diminué d'intensité. On perçoit aussi quelques râles dans le poumon droit surtout vers sa partie supérieure.

Urine : un litre environ, purulente et albumineuse ; mais sans diazo-réaction.

30. Une élévation brusque de température, se produit dans la soirée. Le malade est pâle, faible et transpire abondamment. Temp. : 39°1.

Il ne tousse pas. La respiration est très faible, surtout en arrière

et à gauche. En arrière et à droite on perçoit quelques râles dans le tiers supérieur du poumon.

Le cœur bat régulièrement et ne présente aucun bruit morbide.

Le pouls régulièrement frappé et assez fort est à 114.

Urine : un litre, légèrement purulente, sans albumine et à réaction diazoïque faible.

31. Le pouls est à 114. Temp. : 38°3. Pas de modification dans l'état général. Les signes thoraciques demeurent identiques.

Urine : même quantité, mêmes résultats qu'hier à l'analyse.

9 janvier. L'état général est relativement bon, et la température continue ses oscillations entre 37° et 38°.

Le pouls est à 90.

Pas de dyspnée. Toux légère, sèche, sans expectoration.

La submatité en avant persiste ainsi qu'en arrière, dans toute la hauteur du poumon gauche. A l'auscultation : Respiration faiblement perçue. Le souffle doux lointain est à peine appréciable.

Le malade a de l'appétit et ne présente pas de troubles digestifs.

Urine : 1500 gr. plus claire, mais donnant encore à l'analyse un peu de pus, des traces d'albumine mais pas de réaction diazoïque,

12. Pouls 120. L'état général est devenu bon. Mêmes signes physiques.

Urine : 1500 gr. également plus claire avec toujours un peu de pus et d'albumine mais sans diazo-réaction.

15. L'état général est meilleur. Pouls 90. Temp. : 36°9.

Respiration facile. Le souffle doux, lointain, n'est plus perceptible. La respiration est toujours silencieuse à gauche.

Fonctions digestives normales.

Urine : 1500 gr. Elle est de nouveau très foncée, d'un brun rougeâtre, comme au début de la maladie avec des dépôts abondants. Il n'y a pas d'albumine et la réaction diazoïque n'existe pas.

Etat actuel du malade. — Le 25 juin 1900., c'est-à-dire 18 mois après, nous avons pu examiner de nouveau notre malade, ramené à l'hôpital par une poussée de périostite typhique, au niveau du tiers inférieur du tibia droit.

Sur le côté gauche du thorax, on constate une légère dépression,

occupant surtout les 7^e, 8^e et 9^e espaces intercostaux. Au-dessus, la paroi thoracique est moins déprimée. Cependant, d'une façon générale, le côté gauche est moins ample que le côté droit; aussi en est-il résulté une légère incurvation de la colonne vertébrale à convexité droite.

La percussion du poumon gauche est normale en avant où la respiration paraît simplement diminuée.

En arrière, la percussion resté normale au sommet et dans le tiers supérieur du poumon. A l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen, apparaît une submatité qui va en augmentant jusqu'à la base, où la matité est complète.

La respiration est à peu près normale dans les deux tiers supérieurs du poumon, où elle s'accompagne de légers frottements secs à l'inspiration seulement.

A la base, la respiration est très diminuée. On ne rencontre de phénomènes de résonnance en aucun point.

Enfin, à droite, le poumon est sain, en arrière, en avant et dans toute son étendue.

CHAPITRE II

OBSERVATION II (Résumée) (1)

Le 28 octobre 1828 a été couchée dans un des lits de la salle Sainte-Catherine, la nommée C... Suzanne...

Le 29 octobre ainsi que les jours suivants jusqu'au 7 novembre, la malade présenta une série de symptômes qui caractérisent les dothiéntérités, fièvres graves ou gastro-entérités...

A l'appareil de symptômes dépendant de l'affection abdominale se joignait un peu de toux ; la percussion du thorax était également sonore des deux côtés, en avant et en arrière. Dans ce dernier sens on entendait un peu de râle muqueux mélangé au murmure respiratoire. Dans la nuit du 6 au 7 novembre, on remarqua plus d'agitation ; le matin, l'abattement était plus grand, la respiration paraît gênée ; cependant les symptômes gastro-intestinaux n'avaient pas augmenté.

Auscultée avec soin, la poitrine fournit le résultat suivant : en arrière et à droite de l'omoplate, bourdonnement amphorique très distinct, plus bas, on ne perçoit point le bruit respiratoire qui est encore sensible en avant ; la percussion est très sonore en haut et mate en bas ; en avant elle est sonore. Du côté gauche l'auscultation et la percussion ne font rien connaître de nouveau..... La petite malade succombe.

Autopsie. — La percussion pratiquée avant de procéder à l'ouverture de la poitrine est beaucoup plus sonore à droite qu'à gauche. On plonge ensuite la lame d'un bistouri entre la 4^e et la 5^e côtes, il

(1) MARÉCHAL : in *Journal de médecine*, 1829. Tome II.

en sort aussitôt par l'ouverture avec beaucoup de bruit, un gaz inodore.

Le sternum étant enlevé on peut voir le poumon droit comprimé et un peu refoulé contre la colonne vertébrale. Il ne remplit pas entièrement la cavité de la plèvre, qui est vide en avant et contient inférieurement quelques cuillerées d'une sérosité purulente, grisâtre.

Maréchal remarque qu'il n'y a ni ouverture d'une excavation tuberculeuse dans la plèvre, ni gangrène, ni déchirure de cette séreuse.

OBSERVATION III (Résumée) (1).

T... Emile, 11 ans, entre le 6 septembre 1877 à la salle Saint-Jean, lit n° 17.

Malade depuis 8 jours, a été pris de mal de tête, fièvre, inappétence, douleurs abdominales, diarrhée. Une épistaxis. Facies typhique, pâle, ventre très ballonné, pas de taches. Gargouillement, diarrhée modérée. Respiration un peu accélérée, peau sèche et très chaude; dans la poitrine, râles nombreux, humides.

Diagnostic posé : fièvre typhoïde avec prédominance des accidents thoraciques.

Température au-dessus de 40°.

7 sept. Dyspnée extrême. Poitrine pleine de râles fins, diarrhée modérée, pas de taches.

9. Même oppression. Peu de selles.

10. Mêmes râles des deux côtés.

18. Dans la nuit, sans que le malade accuse une douleur plus vive, dyspnée subitement plus considérable et telle qu'il est mourant.

19. Face cyanosée, dyspnée extrême, perte presque complète de

(1) GUILLERMET. Complicat. pulm. de la fièvre typhoïde. Thèse Paris, 1878.

connaissance. Pneumothorax droit. Souffle amphorique, sonorité à la percussion, bruit d'airain douteux.

Meurt le soir à 6 heures.

Autopsie. — Poumon gauche, énormément congestionné, couleur noirâtre, sang spumeux. Le poumon surnage. Pas de pleurésie. Pas de tubercules à l'œil nu.

Poumon droit réduit au volume du poing.

Petite ouverture linéaire à la face externe du lobe supérieur. Incision à ce niveau : tissu pulmonaire absolument sain, sans traces de tubercules, couleur rouge, brique tendre.

Intestin ballonné. Les plaques de Peyer, surtout celles de la fin de l'intestin grêle apparaissent un peu saillantes et gaufrées. De loin en loin follicule clos ulcéré à bords saillants et tomenteux. On en trouve ainsi quatre ou cinq au niveau d'une plaque de Peyer, près de la valvule iléo-cœcale.

Rate volumineuse, ramollie, se réduisant en bouillie.

Reins très congestionnés, ne paraissant pas altérés.

OBSERVATION IV (Résumé) (1)

M... Léon, en Tunisie depuis 6 mois. Entré à l'hôpital du Belvédère le 6 juillet 1899 ; il fait remonter à 12 jours environ le début de son affection.

Le jour de l'entrée, le tableau symptomatique de la fièvre typhoïde est au complet. Ce tableau persiste identique pendant trois semaines.

Le 8 août, M..., avait passé une fort bonne journée, et, vers 8 heures du soir il se disposait à s'endormir lorsqu'il ressentit subitement, à la base du thorax, du côté gauche, une vive douleur en forme de point de côté. En même temps il était oppressé et secoué par une petite toux sèche, sans expectoration.

Le lendemain, à la vérité, le point de côté avait disparu presque

(1) DETTLING et REMLINGER. *In Archiv. de méd. et de pharm. milit.*, mars 1900.

complètement ; la toux avait cessé, on constate un pneumothorax gauche. Ampliation de la cage thoracique, soulèvement ou abaissement en masse du thorax pendant l'inspiration ou l'expiration ; abolition des vibrations thoraciques, exagération de la sonorité. Respiration diminuée sous la clavicule gauche et dans la partie moyenne de ce poumon. Bruit d'airain. Résonnance de la voix. En arrière ; simple diminution de respiration dans les fosses sus et sous épineuses, puis de la pointe de l'omoplate à la base, tous les signes du pneumothorax.

A droite : respiration supplémentaire en avant et en arrière et du haut en bas. Quelques râles de bronchite à la base. Rien au sommet.

Cœur refoulé loin vers la droite, 128 pulsations.

Les jours suivants, une amélioration sensible se produit. Pouls 108 ; respiration : 24. Le soir la respiration et le pouls s'accroissent. Signes physiques demeurent identiques.

A partir du 15 août expectoration purulente assez abondante. L'analyse des crachats reste négative au point de vue du bacille tuberculeux. Par contre le séro-diagnostic est réellement positif.

Le 20 août au soir : violent accès de toux et de dyspnée. Cyanose, angosse vive.

Le lendemain matin : pouls 120 et 40 respirations.

Le pneumothorax est total à gauche. La base droite donne de la matité sur cinq travers de doigt environ, succussion hippocratique. Ponction : 250 gr, d'un liquide séreux, légèrement hématique.

Thoracotomie dans le 8^e espace intercostal.

Soulagement immédiat. Le 22 août au matin, le pouls est à 100 et il y a 38 respirations. Signes physiques identiques à gauche. Le cœur n'est pas revenu.

Deuxième examen négatif des crachats.

24 août. État général faiblit un peu. Léger œdème bi-malléolaire. Aucune douleur aux membres inférieurs. Pas d'albumine.

28. État aggravé. 158 pulsations, 88 respirations.

29. Dyspnée et asphyxie croissantes.

30. Mort à 8 h. 30 matin.

Autopsie. — Intestin typhique. Ganglions mésentériques hypertrophiés. Reins petits et congestionnés.

Rate : 190 gr. Foie, petit, mou, grasseux. Le péricarde renferme environ 400 gr. d'un liquide citrin.

Cœur situé derrière le sternum.

Le poumon gauche, non rétracté en moignon, est appliqué dans la gouttière costo-vertébrale. Le sommet est à 8 centimètres au-dessous de la voûte thoracique. L'extrémité inférieure se termine par une mince lamelle, également distante de plusieurs centimètres du diaphragme. Des adhérences fibrineuses récentes délimitent à la base du thorax, une petite cavité et la séparent du grand espace pleural occupé par le pneumothorax.

Une ulcération, grosse comme une lentille, siège à la partie antéro-externe de la base du lobe supérieur. Une autre ulcération, ayant les dimensions d'une pièce de 50 centimes, siège à la partie postéro-inférieure du lobe supérieur, qui présente les caractères d'un infarctus pulmonaire.

Le poumon droit remplit complètement le côté droit. On y découvre un autre infarctus en voie de ramollissement, situé à la partie moyenne et externe du lobe supérieur.

CHAPITRE III

Etablissons maintenant quelques-unes des particularités qui rapprochent ou différencient ces diverses observations. Le mode de début de la dothiéntérie, lent et progressif dans les cas de Maréchal, de Guillermet, de Dettling et Remlinger, fut soudain et rapide dans le nôtre. Le mécanisme du pneumothorax qui demeure ignoré pour Maréchal et Guillermet, apparaît au contraire nettement dans l'observation de Dettling et Remlinger. Trois de ces pneumothorax ont emporté les malades, tandis que celui de notre sujet guérit spontanément. Enfin dans les observations de Maréchal et de Guillermet les malades succombent en pleine poussée typhique, cependant que pour Dettling et Remlinger et nous, la complication pulmonaire survient à un moment où la fièvre typhoïde paraît s'être amendée et la convalescence prête à s'établir.

Remarquons encore que chez notre malade pris brusquement, l'infection est complète d'emblée. La réaction diazoïque est à peine appréciable. Survient une première complication : l'orchite. Complication sévère au point de vue local. On incise successivement deux abcès, dans le pus desquels on trouve à l'état de pureté le bacille d'Ebert, et la lésion testiculaire s'accompagne d'irradiation

douloureuse et tenace vers le cordon. Mais l'état général est relativement peu atteint, l'intoxication initiale paraît épuisée, la lésion testiculaire évolue vers la guérison ; la réaction diazoïque a complètement disparu.

Troisième phase : un pneumothorax se produit. Il en fut de même pour le malade de Dettling et Remlinger : « Trois semaines après l'entrée à l'hôpital, la température commence à réaliser des oscillations descendantes, et atteint la normale le 2 août au matin. Parallèlement, une grande amélioration se manifeste dans l'état du malade. On ne note plus que des râles de bronchite disséminés aux deux bases, et l'on peut espérer que le malade est entré en convalescence ».

L'autopsie de leur malade permet à ces auteurs de retrouver le mécanisme de la complication : « Au cours d'une fièvre typhoïde grave, notre malade a fait une phlébite des veines iliaques à symptomatologie fruste, traduite seulement, dans les derniers jours, par un peu d'œdème malléolaire.

Du bout central du caillot ramolli et suppuré, sont parties, à destination du poumon, trois embolies qui ont déterminé trois infarctus ».

Pouvons-nous admettre qu'aux cours des deux poussées testiculaires survenues chez notre malade, des désordres vasculaires se sont produits, déterminant une coagulation, et que des embolies sont parties, chargées de bacille, pour aboutir au poumon ? La phlébite aurait pu d'ailleurs siéger dans le poumon lui-même. Un abcès lobulaire, ou même alvéolaire en formation depuis quelque temps, a pu s'ouvrir tout à coup.

Ces considérations sont sans doute hypothétiques, mais le fait certain c'est que la lésion du parenchyme pulmonaire a été sévère, puisqu'elle a abouti à l'ulcération, et très limitée. En raison même de sa limitation, la réaction des tissus s'est localisée, des adhérences se sont établies, qui ont circonscrit le foyer et que nous avons constatées à l'auscultation. Enfin l'effraction du parenchyme a pu se cicatriser d'autant plus aisément qu'elle était plus petite. Ainsi s'explique la guérison spontanée de notre malade. La suppléance se fit d'ailleurs par le poumon droit et l'infection typhique, diminuée d'intensité, lui permit de supporter les frais de cette dernière complication.

CONCLUSIONS

1° Le pneumothorax est parmi les complications pulmonaires les plus rares de la fièvre typhoïde.

2° Les causes du pneumothorax de la fièvre typhoïde sont diverses. Elles se résument dans la création d'un foyer de destruction pulmonaire avoisinant la surface pleurale, destruction provoquée par un abcès, un infarctus, une gangrène, etc..., etc.

3° Le pneumothorax de la fièvre typhoïde ne comporte pas toujours un pronostic fatal : il peut dans certains cas guérir spontanément, sans recours à l'intervention opératoire.

Vu le Doyen:

P. BROUARDEL.

Vu le Président de la thèse,

CHANTEMESSE

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Art. *Pneumothorax* et *typhoïde* du Dict. en 60 volumes.
- Homolle.** art. Fi. typh. in nouv. Dict. de Méd. et de Chirurg. pratiqs.
- Destais :** Considérat. sur qqs accid. pulm. .. survenant dans le cours de la F. typh. Paris, 1877.
- Guillermet.** Complicat. pulmon. F. typh. Th. Paris, 1873.
- Maréchal.** *Journal hebdom. de Médecine*, 1829.
- Chantemesse.** Art. Fièvre typh. in Traité de médecine.
- Galliard.** Art. *Pneumothorax*, in Traité de Médecine et de Thérapeutiq.
- Galliard.** Le *Pneumothorax*, in Biblioth. Charcot. Debove.
- Biach.** *Wien. mediz. Wochenschrift*, 1880.
- Biermer.** *Schweizer Zeitsch. für Heilk.* 1862-63.
- Ritter.** *Prager Medic. Wochenschrift*, 1876.
- Detting et Remlinger.** Fièv. typh. compliquée de *Pneumo.* in *Archiv. de Méd. et de Pharm. milit.*, 1900.
- Bazin.** Recherch. sur les lés. du poum. considérées dans les affect. morbid. dites f. essent., Th. Paris. Août 1834.
- Brouardel et Thoinot.** Art. F. typh., in Traité de Médecine et de Thérapeutiq.
- Jéanselme.** Art. *Pneumo* in Manuel de Médecine.
- Germain Sée.** Malad. simpl. du poumon, Paris, 1886.
- Weil.** Zur Lehre Von *Pneumoth.* (Deutsch. *Arch. f. klin. Méd.*, 1880.
- Vaquez.** Cliniq. Médicale de la Charité. art. *Phlébite*.